



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA MESQUITA DE MEDEIROS
TAMILIS FROIS PEREIRA

MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO DE 2008 A 2010:
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Florianópolis - SC

2010

JULIANA MESQUITA DE MEDEIROS
TAMILIS FROIS PEREIRA

MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERIODO DE 2008 A 2010:
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina INT5162 Estágio Supervisionado II da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito parcial à obtenção do título de Graduado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Bettina Camargo Bub

Florianópolis - SC

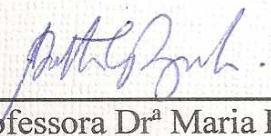
2010

Juliana Mesquita de Medeiros
Tamilis Frois Pereira

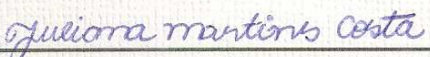
**MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO DE 2008 A 2010: IMPLICAÇÕES
PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

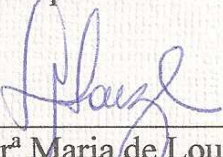
Banca Examinadora



Professora Drª Maria Bettina de Camargo Bub
Orientadora



Enfermeira Juliana Martins da Costa
Supervisora



Professora Drª Maria de Lourdes Souza
3º Membro da banca

Florianópolis, 02 de julho de 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787

DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

As acadêmicas realizaram uma pesquisa quantitativa do tipo exploratória, descritiva e transversal sobre as causas de internação e óbito na UTI do Hospital Governador Celso Ramos.

Estudos deste tipo em UTI são importantes porque auxiliam conhecer informações básicas sobre contexto da prática em cuidado intensivo. A partir desta pesquisa, enfermeiros e enfermeiras da UTI onde o estudo foi realizado, ou mesmo de outras UTI(s), poderão dispor dos resultados obtidos para buscar as implicações para o cuidado, gestão, e educação permanente de enfermagem em cuidado intensivo.

No procedimento de coleta de dados chama a atenção a utilização de dados secundários obtidos no Livro de Registro de Internações da UTI, obtendo uma série histórica de dois anos e três meses. Os dados coletados foram organizados em planilhas Microsoft Office Excel 97-2003®. de acordo com as seguintes variáveis: sexo; idade; procedência; diagnóstico médico; tempo de permanência; tipos de alta (alta, óbito ou transferência da UTI para outra unidade); turno de internação e alta da UTI; e, razão de letalidade.

Os dados foram sistematizados na frequência absoluta e percentual, e apresentados em tabelas e gráficos, também por meio de planilha do Microsoft Office Excel 97-2003®. Foi adotado para a classificação da casuística e da letalidade os grupos de causa registrados na 10ª. Classificação Internacional de Doenças – 10ª. CID.

Todos estes procedimentos agregaram competências e habilidades àquelas já apresentadas pelas acadêmicas.

Recomendo a leitura e a publicação deste trabalho como forma de divulgar conhecimento sobre a realidade da Enfermagem no cuidado intensivo.

Dr^a Maria Bettina de Camargo Bub
Orientadora

AGRADECIMENTOS

À Deus

Por estar em todos os momentos conosco, nos dando força, proteção, e por fim, chegarmos aqui enfrentando todas as dificuldades.

Aos nossos pais

Maria Inez e João; Giselda e Valmoci (in memoriam), por proporcionarem a nossa vida, nos passando seus valores, sempre dando afeto, dedicação e apoio, tanto emocional como financeiro, e não nos deixaram desistir, pois, acreditavam em nossos potenciais.

Aos filhos (Juliana)

André, Thaynara e Aryana, por todos os momentos de ausência e cansaço, sempre acreditando em minha superação. Obrigada pelo amor e carinho dispensados por mim. Vocês são a razão do meu viver!

A todos os nossos familiares

Irmãos, avós, tios e primos pelo carinho que sempre nos dedicaram, pelo apoio e estímulo ao longo de nossas vidas.

A UFSC

Por ter nos possibilitado o aprendizado, realizando assim o nosso sonho.

A nossa orientadora

Prof^a Dra. Maria Bettina de Camargo Bub, pelo empenho na realização deste estudo, contribuindo em nossos conhecimentos e nos estimulando a desenvolver nossa independência. Obrigada por satisfazer nossos ideais de acadêmicas e futuras enfermeiras!

Prof^a Dra. Maria de Lourdes Souza

Por aceitar ser membro da nossa banca examinadora e pelos conhecimentos adquiridos durante nossa pesquisa.

Ao bibliotecário Carlos Alberto Leal da Costa

Pelo tempo dedicado, paciência e ajuda indispensável.

À Banca examinadora

Pelas sugestões, contribuindo para a melhoria do nosso trabalho.

Aos nossos supervisores do HGCR

Enfermeiras Anete D. Virtuoso, Francisca de Carli, Helga Regina Bresciani, Juliana Martins da Costa e enfermeiro Andrey Teixeira, por repassarem os seus conhecimentos e experiências, por nos mostrarem que podemos realizar uma enfermagem humanizada e, também, por nos acompanharem nesta nossa trajetória.

Às enfermeiras participantes

Lúcia Marcon e Carla Pauli, pela colaboração e participação em nosso estudo, nos ensinando também a ser enfermeiras.

À equipe multiprofissional do Hospital Governador Celso Ramos

Pelos ensinamentos e momentos de descontração, fazendo com que nos sentíssemos parte da equipe.

Aos pacientes

Por contribuírem com o desenvolvimento de nossa formação profissional.

E a todos

Que contribuíram direta e indiretamente, o nosso muito obrigado!

MEDEIROS, Juliana Mesquita; PEREIRA, Tâmilis Frois. **Morbimortalidade em UTI no período de 2008 a 2010**: implicações para o Cuidado de Enfermagem. 2010, 58f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010.

RESUMO

Os autores têm como objetivo descrever a casuística de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no período de janeiro de 2008 a março de 2010 e apresentar implicações para o cuidado de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa exploratória com dados secundários. Os resultados foram sistematizados segundo as variáveis: sexo, idade, tempo de permanência e tipos de alta e são apresentados em tabelas e gráficos de frequências e com a razão de letalidade por causa e sexo. Os resultados levam a afirmar que a sistematização do cuidado de enfermagem é fundamental ao atendimento de pessoas na UTI. O período de internação mais frequente está entre zero a três dias, e isto ocorre porque a maioria dos pacientes é de pós-operatório e suas necessidades devem ser atendidas desde as primeiras horas de internação. A maioria das internações foi no período entre 13 a 19 horas por causa da avaliação clínica das pessoas internadas no hospital que em geral é realizada pela manhã, assim como a maioria das cirurgias. Conclui-se que a definição da quantidade de Técnicos de Enfermagem e de Enfermeiros precisa considerar a casuística da UTI, para também atender a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e a Resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 272/2002 a SAE.

Palavras chave: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Letalidade.

MEDEIROS, Juliana Mesquita; PEREIRA, Tamil Frois. **Morbidity and mortality in the ICU during the period 2008 to (a) 2010: implications for Nursing Care.** 2010, 58f. Monograph (Working Completion of course) - Course of Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010.

ABSTRACT

The authors aim to describe a sample of the Intensive Care Unit (ICU) from January 2008 to March 2010 and have implications for nursing care. This is an exploratory research with secondary data. The results were organized according to the variables: gender, age, length of stay and types of high and are presented in tables and graphs of frequencies and the ratio of mortality by cause and gender. The results lead to say that the systematization of nursing care is essential to care for those in the ICU. The period of hospitalization is between zero to three days, and this is because most patients are postoperative and their needs must be met in the first hours of hospitalization. Most of the hospitalizations in the period between 13-19 hours because of the clinical evaluation of persons admitted to the hospital which is usually held in the morning, like most of the surgeries. It is concluded that the definition of the quantity of nursing technicians and nurses need to consider the cases of UTI, to also attend the Law of Professional Nursing (Law No. 7498 of June 25, 1986) and resolution COFEN (Federal Board of Nursing) No 272/2002 NCS.

Keywords: Nursing. Nursing. Intensive Care Unit. Lethality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das pessoas internadas, segundo sexo em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, Florianópolis-SC.	39
Tabela 2 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo grupo etário. Florianópolis (SC).....	39
Tabela 3 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo grupo etário por sexo. Florianópolis (SC).	40
Tabela 4 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo a procedência. Florianópolis (SC).....	40
Tabela 5 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo o tempo de permanência. Florianópolis (SC).	41
Tabela 6 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo o turno da internação na UTI. Florianópolis (SC).....	42
Tabela 7 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo turno de saída da UTI. Florianópolis (SC).	43
Tabela 8 - Distribuição das pessoas internadas na UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo o tipo de alta. Florianópolis (SC).....	44
Tabela 9 – Morbidade das internações na UTI, por categoria CID-10, ocorridas no período de 2008 a março de 2010. Florianópolis – SC.....	45
Tabela 10 – Causas de óbito das pessoas internadas na UTI, por categoria CID-10, segundo o sexo, ocorridas no período de 2008 a março de 2010. Florianópolis – SC.	45
Tabela 11 – Letalidade entre as pessoas internadas na UTI, por sexo e grupo etário, ocorridas no período de 2008 a março de 2010. Florianópolis – SC.....	46

LISTA DE SIGLAS

- AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem.
- SAE – Sistematização da Assistência em Enfermagem.
- TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico.
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	14
3 JUSTIFICATIVA	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 CUIDADO DE ENFERMAGEM	16
4.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	16
4.2.1 Histórico de Enfermagem.....	18
4.2.2 Diagnóstico de Enfermagem	18
4.2.3 Plano de Enfermagem.....	19
4.2.4 Intervenções de Enfermagem	20
4.2.5 Avaliação de Enfermagem.....	20
4.2.6 Necessidades Humanas Básicas	20
5 METODOLOGIA.....	22
5.1 TIPO DE ESTUDO	22
5.2 LOCAL DO ESTUDO	22
5.3 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	23
5.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	23
5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	24
6 CRONOGRAMA.....	25
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
ARTIGO: MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO DE 2008 A 2010: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	27
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO RELATÓRIO	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	56
APÊNDICE A - ORÇAMENTO.....	56
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES	57

1 INTRODUÇÃO

O avanço científico e tecnológico na área de atenção à pessoa em condição grave de saúde tem sido marcante nas últimas décadas e tem acarretado mudanças no tipo de atendimento dispensado, gerando a necessidade de equipes multiprofissionais, padronização do atendimento, normatização de condutas, e a educação contínua dos profissionais para lidar com novas tecnologias e equipamentos. (BUB et al, 1986).

As unidades de terapia intensiva – UTI(s) compõem o cenário no qual se trava a luta contra o sofrimento, o risco e a vulnerabilidade à incapacidade e à morte, características típicas que constituem a condição grave de saúde. Condição esta que requer cuidado de alta complexidade em sistema de vigilância contínua.

De acordo com a Portaria Ministério da Saúde - MS Nº 3432 de 2 de agosto de 1998, as UTI(s) são:

[...] unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica. (BRASIL, 1998).

Nas UTI(s) podem ser atendidas pessoas de grupos etários específicos, ou seja, de 0 a 28 dias; de 28 dias a 14 ou 18 anos; e acima de 18 anos. De acordo com o grupo etário as UTI(s) são classificadas em: neonatal, pediátrica e adulta, respectivamente (BRASIL, 1998).

Pessoas em condição grave (pacientes graves) de saúde são aquelas que apresentam comprometimento importante de suas funções vitais, enquanto pessoas em condição de risco (pacientes de risco) são aquelas que, embora se encontrem bem no momento, podem apresentar instabilidades severas súbitas.

Estas pessoas podem ser procedentes de outras unidades do próprio hospital, como por exemplo, do setor de emergência, do centro cirúrgico, do ambulatório e de outros setores. Assim, a UTI é uma unidade hospitalar com características e finalidades complexas e múltiplas, que precisa atender certos padrões de implantação, critérios de classificação, funcionamento e avaliação do atendimento.

De acordo com a Portaria MS Nº 3432 de 2 de agosto de 1998, as UTI(s) são classificadas em três níveis de acordo com suas especificidades. De um modo geral as UTI(s) de nível I devem ter equipamentos específicos, recursos humanos especializados e acesso a tecnologias para integrar o tratamento do paciente, além de atender grupos etários específicos e especialidades.

As UTIs de nível II devem ter equipe básica constituída por:

[...] um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração; um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho; um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista. (BRASIL, 1998)

Os hospitais que abrigam UTI(s) de nível II devem contar com laboratório de análises clínicas e agência transfusional disponível 24h, hemogasômetro, ultra-sonógrafo; eco-doppler-cardiógrafo; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva; aparelho de raios-x-móvel; viço de Psicologia. Serviço de Nutrição parenteral e enteral; serviço Social; ser, e raios-X móveis, eletroencefalografia, entre outros; e, possuir materiais e equipamentos mais complexos.

É importante ressaltar que dentre os critérios para que uma UTI seja considerada de nível II há o item 2.5 – humanização, no qual estão incluídos: climatização; iluminação natural; divisórias entre os leitos, relógios visíveis para todos os leitos; garantias de visitas diárias dos familiares a beira do leito; e, garantia de informação diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins.

Além dos requisitos exigidos para as UTIs tipo II, as UTIs de nível III devem ter também condições de realizar exames de: tomografia axial computadorizada, anatomia patológica, e angiografia seletiva, entre outros.

Conforme a Portaria MS Nº 3432 de 2 de agosto de 1998 todos os hospitais terciários com número de leitos maior ou igual a 100 leitos devem possuir UTI com número de leitos correspondente a 6% da capacidade total de leitos do hospital, neste caso, 6 leitos. Ainda, maternidades que atendem gestantes de alto risco também devem ter leitos para tratamento intensivo (BRASIL, 1998).

De acordo com a classificação apresentada a UTI do Hospital no qual o estudo foi realizado é uma UTI de nível I para pessoas adultas. Isto quer dizer, destinada a atender pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, mas pode admitir jovens de 15 a 17 anos, caso tenha sido definido nas normas institucionais. É também uma UTI especializada porque está direcionada a atender pessoas com intercorrências neurológicas, cirúrgicas, ortopédicas, traumáticas, entre outras. (BRASIL, 2010).

A documentação e a investigação estatística são elementos fundamentais para o diagnóstico da morbimortalidade, bem como para o planejamento do cuidado de enfermagem. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e com a Resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 358/2009 a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) torna-se atividade privativa dos enfermeiros e enfermeiras. Estes profissionais devem utilizar método e a estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde a fim de subsidiar as ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e comunidade.

Reconhecida a importância da casuística de internação e óbito na UTI, esta pesquisa foi planejada com o propósito de responder a seguinte questão norteadora: Quais as causas de internação e óbito na UTI e as implicações para o cuidado de enfermagem?

2 OBJETIVO

Descrever as causas de internação e de óbito na UTI, período de janeiro de 2008 a março de 2010 e apresentar implicações para o cuidado de enfermagem.

3 JUSTIFICATIVA

Com o planejamento das ações que envolvem a equipe de enfermagem, caracterizar a carga de trabalho em UTI com o objetivo de contribuir com a qualidade e adequada assistência intensiva dessa unidade é que decidimos desenvolver este trabalho.

Nas UTI(s), reconhecidas pela elevada carga, que representa elevado índice de mortalidade, durante décadas utilizou-se a razão morbimortalidade como parâmetro de escolha para descrever resultado da eficácia no cuidado intensivo. Todavia, nos últimos anos, a inclusão da demanda de trabalho de enfermagem como um parâmetro para avaliação dos resultados, tem sido também considerada, devido ao seu impacto na qualidade da assistência intensiva.

Dessa forma, a avaliação de tal demanda de trabalho, bem como dos fatores associados a ela, é indispensável a casuística como recurso de gestão dessas unidades, visto que uma equipe superdimensionada implica em alto custo. Por outro lado, sabe-se que uma equipe reduzida tende a determinar uma queda na eficiência da assistência, aumentando a morbimortalidade e gerando um maior custo na permanência destes pacientes em uma UTI.

Neste sentido, priorizando a sistematização da assistência, será uma tentativa de melhorar a carga de trabalho e a qualidade do serviço da enfermagem intensivista à partir dos resultados obtidos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CUIDADO DE ENFERMAGEM

O cuidado humano é constituído de uma ou mais ações realizadas, com a intenção de satisfazer necessidades básicas ou vitais. Implica reconhecer necessidades, prover as condições de satisfação dessas necessidades, a fim de promover o bem estar e a vida. As ações de cuidado são dirigidas para o bem estar e qualidade de vida das pessoas.

Porém de acordo com Bub e Liss (2006) para merecer ser chamado de cuidado, precisa ser realizado de forma deliberada, intencional, refletida, atenciosa, delicada, responsável e diligente.

Para o cuidado acontecer é necessário a disponibilidade de quem realiza o cuidado, assim como a empatia, sensibilidade e o dever de cuidar. Para que esse cuidado seja mais efetivo, devemos ter em mente que cada pessoa é única, portanto, o cuidado é também individualizado.

Ao posicionar o cuidado de enfermagem no contexto de um agir solidário na vida e na morte, a Enfermagem deve respeitar as razões morais de cada cidadão ao mesmo tempo em que convive com dores e alegrias advindas da relação interpessoal. Ao operar nesta dimensão, às vezes extremas, o cuidado orientado pela solidariedade busca a simetria e o equilíbrio nas suas múltiplas atividades enquanto função cuidadora. (SOUZA, et AL, 2005).

O cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, o psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa. Nessa perspectiva, o cuidar em enfermagem insere-se no âmbito da intergeracionalidade, pois se revela na prática com um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo de ação. (SOUZA, et Al, 2005).

4.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Em 1971 Wanda Horta fundamentou o cuidado de enfermagem em uma metodologia própria, direcionada ao atendimento das necessidades das pessoas, famílias e grupos.

Porém foi somente em 2002, que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) promulgou a Resolução COFEN 272/2002, por meio da qual os enfermeiros e enfermeiras

têm amparo legal para utilizar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) - o processo de enfermagem e a consulta de enfermagem.

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (Resolução COFEN 272/2002)

No ano de 2009, o COFEN volta a se manifestar, promulgando a Resolução COFEN 358/2009 e revogando a Resolução COFEN 272/2002.

De acordo com Bub e Liss (2006) há pelo menos três razões para se usar a sistematização da assistência: “fazer o bem”, “estabelecer prioridades” e “melhorar a saúde das pessoas”.

O cotidiano da enfermagem requer um fluxo de informações necessárias para a continuidade do cuidado como, por exemplo, os registros: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução. Estes registros irão compor o processo de enfermagem. O recebimento, processamento e interpretação destas informações subsidiarão a SAE ao paciente de acordo com as suas necessidades.

As informações são compartilhadas entre os profissionais de enfermagem que revezam o trabalho no período das vinte e quatro horas, e com a equipe multidisciplinar. Apesar de tudo isso, ainda hoje a SAE não é realizada com todos os seus componentes e isso acaba dificultando no momento de elencar prioridades para o cuidado.

A maioria das unidades de terapia intensiva (UTIs), não utiliza a sistematização da assistência de enfermagem, e quando o fazem, não realizam a etapa do diagnóstico de enfermagem. Benedet e Bub (2001)

O processo de enfermagem é por muitos considerado como a base de sustentação da SAE, é constituído por etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde, diagnósticos de enfermagem, o planejamento para o cuidado, a implementação e a avaliação das ações prestadas.

“A expressão ‘processo de enfermagem’ foi empregada pela primeira vez, em 1961, por Ida Orlando para explicar o cuidado de enfermagem. Esse, por sua vez, é composto pelo comportamento do paciente, pela reação da(o) enfermeira(o) e a ação” (HORTA, 1979).

Segundo Horta (1979), o processo de enfermagem possui seis passos, os quais estão interligados e têm o mesmo grau de importância. Estes passos são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem, e prognóstico de enfermagem.

Segundo a Resolução do COFEN 272/2002 a assistência de enfermagem é constituída de: histórico de enfermagem, exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição e evolução da assistência e relatório de enfermagem.

A seguir cada etapa da sistematização da assistência de acordo com a Resolução do COFEN 272/02; Bub e Liss (2006):

4.2.1 Histórico de Enfermagem

Histórico ou história de saúde é um processo de coleta de dados, que serve para identificar os problemas relacionados à saúde assim como possíveis necessidades. Esses dados são obtidos através de uma conversa com o paciente e do exame físico do mesmo. O exame físico é realizado através da observação, inspeção, ausculta, palpação e percussão.

De acordo com Bub e Liss (2006) Para determinar a real condição e a situação de saúde da pessoa, família ou grupo é preciso conversar, interagir, comunicar-se. É preciso também observar, prestar a atenção no outro e, na maioria das vezes, examiná-lo fisicamente. Para tanto, é importante o modo como se dá esse relacionamento a fim de que o profissional colha dados relevantes e que clientes e usuários, ao contar de si, já aliviem suas angústias, tensões e sintam-se cuidados.

De acordo com Benedet e Bub (2001) para se realizar o histórico de enfermagem o enfermeiro deve possuir o conhecimento de anatomia, fisiologia, química, nutrição, psicologia, sociologia, antropologia, além de criatividade, bom senso e flexibilidade. Isso facilita o enfoque de aspectos biológicos, psicológicos e sócias e para que reconheça possíveis mudanças que venham ocorrer.

4.2.2 Diagnóstico de Enfermagem

Segundo Horta (1979) o diagnóstico é a segunda parte do processo de enfermagem. A partir dos dados colhidos no histórico, são identificadas as necessidades humanas básicas, e determinado o grau de dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem.

De acordo com Bub e Liss (2006) foi na década de 1970 que um grupo de enfermeiras percebeu a necessidade de se elaborar uma terminologia para que pudessem descrever problemas de saúde diagnosticados e tratados pelos demais enfermeiros. E foi assim

que em 1973, ocorreu a I Conferência Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem, na *St. Louis University School of Nursing*, onde ocorreu a publicação da primeira lista de diagnósticos de enfermagem. A partir daí a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) promove encontros bianuais com o objetivo de estudar, desenvolver e elaborar novos diagnósticos, bem como aprimorar aqueles já existentes.

De acordo com Farias (1990), na VII Conferência, em 1986, a taxonomia I da NANDA foi aprovada. Foi instituído o termo Padrões de Respostas Humanas. Ao total ficaram nove padrões de respostas humanas que passaram a constituir a estrutura conceitual da organização dos diagnósticos de enfermagem. São eles: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher. Mover, perceber, conhecer e sentir.

A NANDA (2008-2009) trás a taxonomia II, que contém 187 diagnósticos de enfermagem classificados em 13 domínios e 47 classes. Os domínios são: promoção da saúde, nutrição, eliminação/troca, atividade/repouso, percepção/cognição, auto-percepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento.

Além da NANDA, temos a CIPE que é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros.

Na CIPE, de acordo com Bub e Liss (2006), o diagnóstico de enfermagem é como um rótulo dado pelo enfermeiro para decisão sobre um fenômeno, que era foco das intervenções de enfermagem. Fenômeno por sua vez é definido como aspectos da saúde relevantes para a prática de enfermagem.

Os diagnósticos podem ser reais, de risco, síndrome e saúde. Um diagnóstico real descreve um estado de saúde que foi validado pela enfermeira ou enfermeiro devido à presença de determinadas características. Os diagnósticos de risco descrevem que um determinado indivíduo ou grupo está mais vulnerável do que outros a desenvolver determinados problemas e saúde. Os diagnósticos de síndrome compreendem um conjunto de diagnósticos reais ou de risco que estão presentes diante de algum evento ou situação. Os diagnósticos de saúde indicam situações de transição de um determinado nível de saúde para outro de melhor qualidade. (BENEDET; BUB 2001).

4.2.3 Plano de Enfermagem

Plano de enfermagem são estratégias traçadas pelo enfermeiro a fim de satisfazer as necessidades identificadas anteriormente.

De acordo com Bub e Liss (2006) para se fazer um plano é preciso estabelecer prioridades e objetivos. O estabelecimento de prioridade é determinado a partir do princípio

de necessidade e de custo efetividade. Os objetivos são determinados a partir dos objetivos das necessidades. O alcance desses objetivos se dá através das intervenções de enfermagem.

4.2.4 Intervenções de Enfermagem

“Esta etapa compreende o planejamento, as orientações e a implementação das ações de enfermagem” (BENEDET e BUB, 2001).

Para a CIPE, a intervenção de enfermagem é ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem.

Para Benedet e Bub (2006) o sucesso das intervenções de enfermagem, entre outros fatores, depende do quanto o enfermeiro consegue planejar e implementar um cuidado individualizado e da capacidade de comunicação com os demais membros da equipe e da habilidade em realizar as outras ações do processo de enfermagem.

4.2.5 Avaliação de Enfermagem

A avaliação de enfermagem é um processo de reflexão acerca das ações de saúde prestadas até aquele momento e a influencia delas no estado de saúde do paciente.

Segundo Bub e Liss (2006) é por meio dessa avaliação que o enfermeiro pode reorientar o plano de enfermagem sempre que a situação exigir, assim como reavaliar os outros pontos do processo de enfermagem sempre que necessário.

4.2.6 Necessidades Humanas Básicas

“Necessidade indica uma contingência, uma exclusividade, ou seja, se algo é necessário o é de forma incondicional. Necessário é a manifestação correspondente da necessidade, o que significa que uma necessidade é anulada ao ser satisfeita.” (PAULA, 1990 *apud* BENEDET e BUB, 2001).

Necessidade é “uma diferença entre um estado atual indesejável e um estado desejável (objetivo), que pode ser diminuída ou anulada por meio de um objeto” (BUB e LISS, 2006).

Wanda Horta (1979) partiu do pressuposto que as necessidades são universais, porém a forma de manifestação e de satisfação varia de uma pessoa para outra, conforme idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente, entre outros. Apesar de Horta citar a teoria da Motivação Humana de Maslow(1970), ela preferiu adotar a denominação proposta por João Mohana(1964), classificando as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. (BENEDET e BUB, 2001, p. 29)

Assim, conhecer as intervenções terapêuticas torna-se necessário não só para fundamentar e planejar a assistência de enfermagem em UTI, como também para fazer a previsão de recursos materiais e humanos com vistas à prestação de cuidados com qualidade nestas Unidades.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

É uma pesquisa quantitativa do tipo exploratória, descritiva e transversal sobre as causas de internação e óbito na UTI do Hospital Governador Celso Ramos. O estudo foi realizado no período de janeiro de 2008 a março de 2010.

Um estudo exploratório busca desenvolver uma imagem mental do que está ocorrendo, ou seja, as causas de internação e óbito na UTI. Pesquisas desta natureza são descritivas e tem entre seus propósitos apresentar informações básicas sobre contexto da unidade de estudo. (NEUMAN, 1997, p.20).

Para Neuman (1997, p. 20) um estudo descritivo busca: prover o perfil acurado de um grupo; descrever um processo, mecanismo, ou relacionamento; definir um quadro verbal ou numérico (percentual); encontrar informações para estimular novas explicações; criar um conjunto de categorias ou classificação de tipos (tipologia); clarificar uma seqüência, conjunto de estágios ou etapas e documentar informações que contradizem crenças anteriores sobre o tema ou questão.

A pesquisa exploratória resulta em dados que associados a argumentos teóricos são transformados em informações e, neste estudo servirão de base para apresentar as implicações para o cuidado de enfermagem.

Estudos Transversais descrevem os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Governador Celso Ramos, localizado na cidade de Florianópolis – SC é um Hospital da rede Sistema Único de Saúde - SUS. Possui uma área construída de 22.000m² com 190 leitos ativados, e, mais 40 leitos temporários. O Hospital está preparado para prestar atendimento de emergência, ambulatorial, internação e cuidado intensivo para todo o estado de Santa Catarina.

Desde sua fundação em 1966, foram atendidas cerca de 185 mil pessoas; com uma média de 300 atendimentos por dia na emergência e 538 internações/mês.

O Hospital Governador Celso Ramos é centro de referência para todo Estado de Santa Catarina. Ao longo de seus 44 anos de existência tem prestado assistência de saúde à população, incluindo várias tecnologias para diagnóstico e tratamento para as intercorrências de saúde. (SAÚDE, 2009).

A UTI do Hospital Governador Celso Ramos está localizada no terceiro andar; no mesmo andar estão localizados o centro cirúrgico, uma unidade laboratorial, o centro de materiais e esterilização. A UTI possui 14 leitos, dentre os quais, dois são de isolamento. Conta com dois enfermeiros e sete enfermeiras, 37 profissionais responsáveis pelo serviço técnico de enfermagem, e, dois profissionais responsáveis pela limpeza.

5.3 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A coleta de dados foi do Livro de Registro de Internações da UTI. Neste livro são registrados, sistematicamente, o horário e a data de internação, o nome, a idade, número de registro, a procedência, o diagnóstico médico, a data e o horário da alta, transferência, ou óbito. Os dados coletados foram organizados em planilhas Excel de acordo com as seguintes variáveis: sexo; idade; procedência (clínicas médicas, clínica cirúrgica, emergência); diagnóstico médico (classificados de acordo com os grupos de causas da CID-10); tempo de permanência; tipos de alta (alta, óbito ou transferência da UTI para outra unidade); razão de letalidade.

5.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Na análise foram adotados procedimentos da epidemiologia descritiva, ou seja, um evento é descrito a partir da separação das suas frequências segundo atributos da população em termos quantitativos (PEREIRA, 1995). Por meio da epidemiologia são reunidos, classificados e sistematizados conhecimentos. A epidemiologia também serve como instrumento de predição de eventos relacionados à saúde da população. Por isto mesmo é um suporte valioso para o planejamento do atendimento à saúde e também do cuidado de enfermagem.

Os dados foram sistematizados na frequência absoluta e percentual, apresentados em tabelas e gráficos. Isto foi realizado adotando a planilha do Microsoft Office Excel 97-2003®.

Foi adotado para a classificação da casuística e da letalidade os grupos de causa registrados na 10ª. Classificação Internacional de Doenças – 10ª. CID.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Apesar dos autores terem realizado a pesquisa com dados secundários, foi cumprida a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Anexo A). Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), protocolo 2010/0017. Foi preservado o anonimato dos envolvidos e a confidencialidade dos dados obtidos. A coleta de dados foi iniciada somente após a obtenção da autorização do Comitê de Ética do Hospital.

6 CRONOGRAMA

Atividades	OUT	NOV	DEZ	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL
Elaboração do Pré-Projeto	X	X	X	X				
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	
Aprovação Comitê de ética com seres humanos					X			
Coleta de Dados						X	X	
Organização dos dados coletados						X	X	
Análise dos dados							X	
Elaboração do artigo: resultados da pesquisa								X

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, que o capítulo de resultados do Relatório da Pesquisa desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC, seja a apresentação de um artigo, elaborado conforme as normas de uma revista da escolha dos alunos e orientador. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas.

Chamamos atenção para o fato de que somente uma parte do “corpo de dados” obtidos é apresentada, discutida e analisada, dada a impossibilidade de construção de todos os artigos possíveis, no curto espaço de um semestre letivo. A seguir apresenta-se o artigo elaborado.

ARTIGO:***MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO DE 2008 A 2010: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM***

MORBIDITY AND MORTALITY IN THE ICU DURING THE PERIOD 2008 TO (A) 2010: IMPLICATIONS FOR NURSING CARE

Juliana Mesquita de Medeiros ¹

Tamilis Frois Pereira ¹

Maria Bettina Camargo Bub ²

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Enfermeira, Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do NEFIS. E-mail: vito@unetsul.com.br Endereço: Caminho dos Açores, 1770 – Santo Antônio de Lisboa, Cep: 88050 - 300 – Florianópolis/SC.

RESUMO: Os autores têm como objetivo descrever a casuística de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no período de janeiro de 2008 a março de 2010 e apresentar implicações para o cuidado de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa exploratória com dados secundários. Os resultados foram sistematizados segundo as variáveis: sexo, idade, tempo de permanência e tipos de alta e são apresentados em tabelas e gráficos de frequências e com a razão de letalidade por causa e sexo. Os resultados levam a afirmar que a sistematização do cuidado de enfermagem é fundamental ao atendimento de pessoas na UTI. O período de internação mais frequente está entre zero a três dias, e isto ocorre porque a maioria dos pacientes é de pós-operatório e suas necessidades devem ser atendidas desde as primeiras horas de internação. A maioria das internações foi no período entre 13 a 19 horas por causa da avaliação clínica das pessoas internadas no hospital que em geral é realizada pela manhã, assim como a maioria das cirurgias. Conclui-se que a definição da quantidade de Técnicos de Enfermagem e de Enfermeiros precisa considerar a casuística da UTI, para também atender a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e a Resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 272/2002 a SAE.

Palavras chave: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Letalidade.

ABSTRACT: The authors aim to describe a sample of the Intensive Care Unit (ICU) from January 2008 to March 2010 and have implications for nursing care. This is an exploratory research with secondary data. The results were organized according to the variables: gender, age, length of stay and types of high and are presented in tables and graphs of frequencies and the ratio of mortality by cause and gender. The results lead to say that the systematization of nursing care is essential to care for those in the ICU. The period of hospitalization is between zero to three days, and this is because most patients are postoperative and their needs must be met in the first hours of hospitalization. Most of the hospitalizations in the period between 13-19 hours because of the clinical evaluation of persons admitted to the hospital which is usually held in the morning, like most of the surgeries. It is concluded that the definition of the quantity of nursing technicians and nurses need to consider the cases of UTI, to also attend the Law of Professional Nursing (Law No. 7498 of June 25, 1986) and resolution COFEN (Federal Board of Nursing) No 272/2002 NCS.

Keywords: Nursing. Nursing. Intensive Care Unit. Lethality.

INTRODUÇÃO

O avanço científico e tecnológico na área de atenção à pessoa em condição grave de saúde tem sido marcante nas últimas décadas e tem acarretado mudanças no tipo de atendimento dispensado, gerando a necessidade de equipes multiprofissionais, padronização do atendimento, normatização de condutas, e a educação contínua dos profissionais para lidar com novas tecnologias e equipamentos. (BUB et al, 1986).

As unidades de terapia intensiva – UTI(s) compõem o cenário no qual se trava a luta contra o sofrimento, o risco e a vulnerabilidade à incapacidade e à morte, características típicas que constituem a condição grave de saúde. Condição esta que requer cuidado de alta complexidade em sistema de vigilância contínua.

De acordo com a Portaria Ministério da Saúde - MS Nº 3432 de 2 de agosto de 1998, as UTI(s) são:

[...] unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica. (BRASIL, 1998).

Nas UTI(s) podem ser atendidas pessoas de grupos etários específicos, ou seja, de 0 a 28 dias; de 28 dias a 14 ou 18 anos; e acima de 18 anos. De acordo com o grupo etário as UTI(s) são classificadas em: neonatal, pediátrica e adulta, respectivamente (BRASIL, 1998).

Pessoas em condição grave (pacientes graves) de saúde são aquelas que apresentam comprometimento importante de suas funções vitais, enquanto pessoas em condição de risco (pacientes de risco) são aquelas que, embora se encontrem bem no momento, podem apresentar instabilidades severas súbitas.

Estas pessoas podem ser procedentes de outras unidades do próprio hospital, como por exemplo, do setor de emergência, do centro cirúrgico, do ambulatório e de outros setores. Assim, a UTI é uma unidade hospitalar com características e finalidades complexas e múltiplas, que precisa atender certos padrões de implantação, critérios de classificação, funcionamento e avaliação do atendimento.

De acordo com a Portaria MS Nº 3432 de 2 de agosto de 1998, as UTI(s) são classificadas em três níveis de acordo com suas especificidades. De um modo geral as UTI(s) de nível I devem ter equipamentos específicos, recursos humanos especializados e acesso a tecnologias para integrar o tratamento do paciente, além de atender grupos etários específicos e especialidades.

As UTIs de nível II devem ter equipe básica constituída por:

[...] um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração; um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho; um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista. (BRASIL, 1998)

Os hospitais que abrigam UTI(s) de nível II devem contar com laboratório de análises clínicas e agência transfusional disponível 24h, hemogasômetro, ultra-sonógrafo; eco-doppler-cardiógrafo; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva; aparelho de raios-x-móvel; viço de Psicologia. Serviço de Nutrição parenteral e enteral; serviço Social; ser, e raios-X móveis, eletroencefalografia, entre outros; e, possuir materiais e equipamentos mais complexos.

É importante ressaltar que dentre os critérios para que uma UTI seja considerada de nível II há o item 2.5 – humanização, no qual estão incluídos: climatização; iluminação natural; divisórias entre os leitos, relógios visíveis para todos os leitos; garantias de visitas

diárias dos familiares a beira do leito; e, garantia de informação diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins.

Além dos requisitos exigidos para as UTIs tipo II, as UTIs de nível III devem ter também condições de realizar exames de: tomografia axial computadorizada, anatomia patológica, e angiografia seletiva, entre outros.

Conforme a Portaria MS Nº 3432 de 2 de agosto de 1998 todos os hospitais terciários com número de leitos maior ou igual a 100 leitos devem possuir UTI com número de leitos correspondente a 6% da capacidade total de leitos do hospital, neste caso, 6 leitos. Ainda, maternidades que atendem gestantes de alto risco também devem ter leitos para tratamento intensivo (BRASIL, 1998).

De acordo com a classificação apresentada a UTI do Hospital no qual o estudo foi realizado é uma UTI de nível I para pessoas adultas. Isto quer dizer, destinada a atender pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, mas pode admitir jovens de 15 a 17 anos, caso tenha sido definido nas normas institucionais. É também uma UTI especializada porque está direcionada a atender pessoas com intercorrências neurológicas, cirúrgicas, ortopédicas, traumáticas, entre outras. (BRASIL, 2010).

A documentação e a investigação estatística são elementos fundamentais para o diagnóstico da morbimortalidade, bem como para o planejamento do cuidado de enfermagem. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e com a Resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 358/2009 a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) torna-se atividade privativa dos enfermeiros e enfermeiras. Estes profissionais devem utilizar método e a estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde a fim de subsidiar as ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e comunidade.

Reconhecida a importância da casuística de internação e óbito na UTI, esta pesquisa foi planejada com o propósito de responder a seguinte questão norteadora: Quais as causas de internação e óbito na UTI e as implicações para o cuidado de enfermagem?

OBJETIVO

Descrever as causas de internação e de óbito na UTI, período de janeiro de 2008 a março de 2010 e apresentar implicações para o cuidado de enfermagem.

JUSTIFICATIVA

Com o planejamento das ações que envolvem a equipe de enfermagem, caracterizar a carga de trabalho em UTI com o objetivo de contribuir com a qualidade e adequada assistência intensiva dessa unidade é que decidimos desenvolver este trabalho.

Nas UTI(s), reconhecidas pela elevada carga, que representa elevado índice de mortalidade, durante décadas utilizou-se a razão morbimortalidade como parâmetro de escolha para descrever resultado da eficácia no cuidado intensivo. Todavia, nos últimos anos, a inclusão da demanda de trabalho de enfermagem como um parâmetro para avaliação dos resultados, tem sido também considerada, devido ao seu impacto na qualidade da assistência intensiva.

Dessa forma, a avaliação de tal demanda de trabalho, bem como dos fatores associados a ela, é indispensável a casuística como recurso de gestão dessas unidades, visto que uma equipe superdimensionada implica em alto custo. Por outro lado, sabe-se que uma equipe reduzida tende a determinar uma queda na eficiência da assistência, aumentando a morbimortalidade e gerando um maior custo na permanência destes pacientes em uma UTI.

Neste sentido, priorizando a sistematização da assistência, será uma tentativa de melhorar a carga de trabalho e a qualidade do serviço da enfermagem intensivista à partir dos resultados obtidos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Cuidado de Enfermagem

O cuidado humano é constituído de uma ou mais ações realizadas, com a intenção de satisfazer necessidades básicas ou vitais. Implica reconhecer necessidades, prover as condições de satisfação dessas necessidades, a fim de promover o bem estar e a vida. As ações de cuidado são dirigidas para o bem estar e qualidade de vida das pessoas.

Porém de acordo com Bub e Liss (2006) para merecer ser chamado de cuidado, precisa ser realizado de forma deliberada, intencional, refletida, atenciosa, delicada, responsável e diligente.

Para o cuidado acontecer é necessário a disponibilidade de quem realiza o cuidado, assim como a empatia, sensibilidade e o dever de cuidar. Para que esse cuidado seja mais

efetivo, devemos ter em mente que cada pessoa é única, portanto, o cuidado é também individualizado.

Ao posicionar o cuidado de enfermagem no contexto de um agir solidário na vida e na morte, a Enfermagem deve respeitar as razões morais de cada cidadão ao mesmo tempo em que convive com dores e alegrias advindas da relação interpessoal. Ao operar nesta dimensão, às vezes extremas, o cuidado orientado pela solidariedade busca a simetria e o equilíbrio nas suas múltiplas atividades enquanto função cuidadora. (SOUZA, et AL, 2005).

O cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, o psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa. Nessa perspectiva, o cuidar em enfermagem insere-se no âmbito da intergeracionalidade, pois se revela na prática com um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo de ação (SOUZA, et Al, 2005).

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Em 1971 Wanda Horta fundamentou o cuidado de enfermagem em uma metodologia própria, direcionada ao atendimento das necessidades das pessoas, famílias e grupos.

Porém foi somente em 2002, que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) promulgou a Resolução COFEN 272/2002, por meio da qual os enfermeiros e enfermeiras têm amparo legal para utilizar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) - o processo de enfermagem e a consulta de enfermagem.

Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (Resolução COFEN 272/2002)

No ano de 2009, o COFEN volta a se manifestar, promulgando a Resolução COFEN 358/2009 e revogando a Resolução COFEN 272/2002.

De acordo com Bub e Liss (2006) há pelo menos três razões para se usar a sistematização da assistência: “fazer o bem”, “estabelecer prioridades” e “melhorar a saúde das pessoas”.

O cotidiano da enfermagem requer um fluxo de informações necessárias para a continuidade do cuidado como, por exemplo, os registros: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução. Estes registros irão compor o processo de enfermagem. O

recebimento, processamento e interpretação destas informações subsidiarão a SAE ao paciente de acordo com as suas necessidades.

As informações são compartilhadas entre os profissionais de enfermagem que revezam o trabalho no período das vinte e quatro horas, e com a equipe multidisciplinar. Apesar de tudo isso, ainda hoje a SAE não é realizada com todos os seus componentes e isso acaba dificultando no momento de elencar prioridades para o cuidado.

A maioria das unidades de terapia intensiva (UTIs), não utiliza a sistematização da assistência de enfermagem, e quando o fazem, não realizam a etapa do diagnóstico de enfermagem. Benedet e Bub (2001)

O processo de enfermagem é por muitos considerado como a base de sustentação da SAE, é constituído por etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde, diagnósticos de enfermagem, o planejamento para o cuidado, a implementação e a avaliação das ações prestadas.

“A expressão ‘processo de enfermagem’ foi empregada pela primeira vez, em 1961, por Ida Orlando para explicar o cuidado de enfermagem. Esse, por sua vez, é composto pelo comportamento do paciente, pela reação da(o) enfermeira(o) e a ação” (HORTA, 1979).

Segundo Horta (1979), o processo de enfermagem possui seis passos, os quais estão interligados e têm o mesmo grau de importância. Estes passos são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem, e prognóstico de enfermagem.

Segundo a Resolução do COFEN 272/2002 a assistência de enfermagem é constituída de: histórico de enfermagem, exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição e evolução da assistência e relatório de enfermagem.

A seguir cada etapa da sistematização da assistência de acordo com a Resolução do COFEN 272/02; Bub e Liss (2006):

Histórico de Enfermagem

Histórico ou história de saúde é um processo de coleta de dados, que serve para identificar os problemas relacionados à saúde assim como possíveis necessidades. Esses dados são obtidos através de uma conversa com o paciente e do exame físico do mesmo. O exame físico é realizado através da observação, inspeção, ausculta, palpação e percussão.

De acordo com Bub e Liss (2006) Para determinar a real condição e a situação de saúde da pessoa, família ou grupo é preciso conversar, interagir, comunicar-se. É preciso

também observar, prestar a atenção no outro e, na maioria das vezes, examiná-lo fisicamente. Para tanto, é importante o modo como se dá esse relacionamento a fim de que o profissional colha dados relevantes e que clientes e usuários, ao contar de si, já aliviem suas angústias, tensões e sintam-se cuidados.

De acordo com Benedet e Bub (2001) para se realizar o histórico de enfermagem o enfermeiro deve possuir o conhecimento de anatomia, fisiologia, química, nutrição, psicologia, sociologia, antropologia, etc., além de criatividade, bom senso e flexibilidade. Isso facilita o enfoque de aspectos biológicos, psicológicos e sócias e para que reconheça possíveis mudanças que venham ocorrer.

Diagnóstico de Enfermagem

Segundo Horta (1979) o diagnóstico é a segunda parte do processo de enfermagem. A partir dos dados colhidos no histórico, são identificadas as necessidades humanas básicas, e determinado o grau de dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem.

De acordo com Bub e Liss (2006) foi na década de 1970 que um grupo de enfermeiras percebeu a necessidade de se elaborar uma terminologia para que pudessem descrever problemas de saúde diagnosticados e tratados pelos demais enfermeiros. E foi assim que em 1973, ocorreu a I Conferência Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem, na *St. Louis University School of Nursing*, onde ocorreu a publicação da primeira lista de diagnósticos de enfermagem. A partir daí a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) promove encontros bianuais com o objetivo de estudar, desenvolver e elaborar novos diagnósticos, bem como aprimorar aqueles já existentes.

De acordo com Farias (1990), na VII Conferência, em 1986, a taxonomia I da NANDA foi aprovada. Foi instituído o termo Padrões de Respostas Humanas. Ao total ficaram nove padrões de respostas humanas que passaram a constituir a estrutura conceitual da organização dos diagnósticos de enfermagem. São eles: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher. Mover, perceber, conhecer e sentir.

A NANDA (2008-2009) trás a taxonomia II, que contém 187 diagnósticos de enfermagem classificados em 13 domínios e 47 classes. Os domínios são: promoção da saúde, nutrição, eliminação/troca, atividade/repouso, percepção/cognição, auto-percepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento.

Além da NANDA, temos a CIPE que é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros.

Na CIPE, de acordo com Bub e Liss (2006), o diagnóstico de enfermagem é como um rótulo dado pelo enfermeiro para decisão sobre um fenômeno, que era foco das intervenções de enfermagem. Fenômeno por sua vez é definido como aspectos da saúde relevantes para a prática de enfermagem.

Os diagnósticos podem ser reais, de risco, síndrome e saúde. Um diagnóstico real descreve um estado de saúde que foi validado pela enfermeira ou enfermeiro devido à presença de determinadas características. Os diagnósticos de risco descrevem que um determinado indivíduo ou grupo está mais vulnerável do que outros a desenvolver determinados problemas e saúde. Os diagnósticos de síndrome compreendem um conjunto de diagnósticos reais ou de risco que estão presentes diante de algum evento ou situação. Os diagnósticos de saúde indicam situações de transição de um determinado nível de saúde para outro de melhor qualidade. (BENEDET; BUB 2001).

Plano de Enfermagem

Plano de enfermagem são estratégias traçadas pelo enfermeiro a fim de satisfazer as necessidades identificadas anteriormente.

De acordo com Bub e Liss (2006) para se fazer um plano é preciso estabelecer prioridades e objetivos. O estabelecimento de prioridade é determinado a partir do princípio de necessidade e de custo efetividade. Os objetivos são determinados a partir dos objetivos das necessidades. O alcance desses objetivos se dá através das intervenções de enfermagem.

Intervenções de Enfermagem

“Esta etapa compreende o planejamento, as orientações e a implementação das ações de enfermagem” (BENEDET e BUB, 2001).

Para a CIPE, a intervenção de enfermagem é ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem.

Para Benedit e Bub (2006) o sucesso das intervenções de enfermagem, entre outros fatores, depende do quanto o enfermeiro consegue planejar e implementar um cuidado individualizado e da capacidade de comunicação com os demais membros da equipe e da habilidade em realizar as outras ações do processo de enfermagem.

Avaliação de Enfermagem

A avaliação de enfermagem é um processo de reflexão acerca das ações de saúde prestadas até aquele momento e a influencia delas no estado de saúde do paciente.

Segundo Bub e Liss (2006) é por meio dessa avaliação que o enfermeiro pode reorientar o plano de enfermagem sempre que a situação exigir, assim como reavaliar os outros pontos do processo de enfermagem sempre que necessário.

Necessidades Humanas Básicas

“Necessidade indica uma contingência, uma exclusividade, ou seja, se algo é necessário o é de forma incondicional. Necessário é a manifestação correspondente da necessidade, o que significa que uma necessidade é anulada ao ser satisfeita.” (PAULA, 1990 *apud* BENEDET e BUB, 2001).

Necessidade é “uma diferença entre um estado atual indesejável e um estado desejável (objetivo), que pode ser diminuída ou anulada por meio de um objeto” (BUB e LISS, 2006).

Wanda Horta (1979) partiu do pressuposto que as necessidades são universais, porém a forma de manifestação e de satisfação varia de uma pessoa para outra, conforme idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente, entre outros. Apesar de Horta citar a teoria da Motivação Humana de Maslow(1970), ela preferiu adotar a denominação proposta por João Mohana(1964), classificando as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. (BENEDET e BUB, 2001, p. 29)

Assim, conhecer as intervenções terapêuticas torna-se necessário não só para fundamentar e planejar a assistência de enfermagem em UTI, como também para fazer a previsão de recursos materiais e humanos com vistas à prestação de cuidados com qualidade nestas Unidades.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

É uma pesquisa quantitativa do tipo exploratória, descritiva e transversal sobre as causas de internação e óbito na UTI do Hospital Governador Celso Ramos. O estudo foi realizado no período de janeiro de 2008 a março de 2010.

Um estudo exploratório busca desenvolver uma imagem mental do que está ocorrendo, ou seja, as causas de internação e óbito na UTI. Pesquisas desta natureza são descritivas e tem entre seus propósitos apresentar informações básicas sobre contexto da unidade de estudo. (NEUMAN, 1997, p.20).

Para Neuman (1997, p. 20) um estudo descritivo busca: prover o perfil acurado de um grupo; descrever um processo, mecanismo, ou relacionamento; definir um quadro verbal ou numérico (percentual); encontrar informações para estimular novas explicações; criar um conjunto de categorias ou classificação de tipos (tipologia); clarificar uma seqüência, conjunto de estágios ou etapas e documentar informações que contradizem crenças anteriores sobre o tema ou questão.

A pesquisa exploratória resulta em dados que associados a argumentos teóricos são transformados em informações e, neste estudo servirão de base para apresentar as implicações para o cuidado de enfermagem.

Estudos Transversais descrevem os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos.

Local do Estudo

O Hospital Governador Celso Ramos, localizado na cidade de Florianópolis – SC é um Hospital da rede Sistema Único de Saúde - SUS. Possui uma área construída de 22.000m² com 190 leitos ativados, e, mais 40 leitos temporários. O Hospital está preparado para prestar atendimento de emergência, ambulatorial, internação e cuidado intensivo para todo o estado de Santa Catarina.

Desde sua fundação em 1966, foram atendidas cerca de 185 mil pessoas; com uma média de 300 atendimentos por dia na emergência e 538 internações/mês.

O Hospital Governador Celso Ramos é centro de referência para todo Estado de Santa Catarina. Ao longo de seus 44 anos de existência tem prestado assistência de saúde à população, incluindo várias tecnologias para diagnóstico e tratamento para as intercorrências de saúde. (SAÚDE, 2009).

A UTI do Hospital Governador Celso Ramos está localizada no terceiro andar; no mesmo andar estão localizados o centro cirúrgico, uma unidade laboratorial, o centro de materiais e esterilização. A UTI possui 14 leitos, dentre os quais, dois são de isolamento. Conta com dois enfermeiros e sete enfermeiras, 37 profissionais responsáveis pelo serviço técnico de enfermagem, e, dois profissionais responsáveis pela limpeza.

Coleta e Organização dos Dados

A coleta de dados foi do Livro de Registro de Internações da UTI. Neste livro são registrados, sistematicamente, o horário e a data de internação, o nome, a idade, número de registro, a procedência, o diagnóstico médico, a data e o horário da alta, transferência, ou óbito. Os dados coletados foram organizados em planilhas Excel de acordo com as seguintes variáveis: sexo; idade; procedência (clínicas médicas, clínica cirúrgica, emergência); diagnóstico médico (classificados de acordo com os grupos de causas da CID-10); tempo de permanência; tipos de alta (alta, óbito ou transferência da UTI para outra unidade); razão de letalidade.

Procedimentos de Análise

Na análise foram adotados procedimentos da epidemiologia descritiva, ou seja, um evento é descrito a partir da separação das suas frequências segundo atributos da população em termos quantitativos (PEREIRA, 1995). Por meio da epidemiologia são reunidos, classificados e sistematizados conhecimentos. A epidemiologia também serve como instrumento de predição de eventos relacionados à saúde da população. Por isto mesmo é um suporte valioso para o planejamento do atendimento à saúde e também do cuidado de enfermagem.

Os dados foram sistematizados na frequência absoluta e percentual, apresentados em tabelas e gráficos. Isto foi realizado adotando a planilha do Microsoft Office Excel 97-2003®. Foi adotado para a classificação da casuística e da letalidade os grupos de causa registrados na 10ª. Classificação Internacional de Doenças – 10ª. CID.

Procedimentos Éticos

Apesar dos autores terem realizado a pesquisa com dados secundários, foi cumprida a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Anexo A). Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), protocolo 2010/0017. Foi preservado o anonimato dos envolvidos e a confidencialidade dos dados obtidos. A coleta de dados foi iniciada somente após a obtenção da autorização do Comitê de Ética do Hospital.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 1.228 pessoas internadas na UTI no período compreendido entre janeiro de 2008 a março de 2010.

O número de pessoas internadas do sexo masculino correspondeu a 775 pessoas (59,4%), enquanto que o do sexo feminino foi 466 pessoas (36,2%). Porém, por insuficiência do sistema de registro, em 4.4% delas não foi possível definir o sexo. Estes resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das pessoas internadas, segundo sexo em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, Florianópolis-SC.

ANO	Feminino		Masculino		Não Registrado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2008	205	44,0	347	45,4	31	54,4	583	45,3
2009	209	44,8	336	43,9	19	33,3	564	43,8
2010	52	11,2	82	10,7	7	12,3	141	10,9
Total	466	100	765	100	57	100	1288	100

O grupo etário de pessoas com maior frequência de admissão na UTI foi entre 40 e 50 anos (17,5%), em segundo lugar, entre 50 e 60 anos (16,8%), seguido de perto pelo terceiro lugar, entre 20 e 30 anos (16,6%).

Tabela 2 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo grupo etário. Florianópolis (SC).

GRUPO ETÁRIO	2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
14 --- 20	33	5,7	33	5,9	5	3,5	71	5,5
20 --- 30	87	14,9	95	16,8	32	22,7	214	16,6
30 --- 40	76	13,0	74	13,1	13	9,2	163	12,7
40 --- 50	110	18,9	93	16,5	22	15,6	225	17,5
50 --- 60	100	17,2	92	16,3	25	17,7	217	16,8
60 --- 70	82	14,1	91	16,1	14	9,9	187	14,5
70 --- 80	78	13,4	51	9,0	19	13,5	148	11,5
80 --- 99	12	2,1	25	4,4	8	5,7	45	3,5
Sem registro	5	0,9	10	1,8	3	2,1	18	1,4
Total	583	100	564	100	141	100	1288	100

Na tabela 3, quando cruzados os dados acerca de idade com sexo verificamos que houve um maior número de homens adultos jovens* internados. Este fato possivelmente está associado ao risco social de adoecer e morrer por causas externas, como por exemplo, o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e Politraumatismo associado a acidentes de motocicleta e automóvel. Por outro lado, observamos que houve um maior número de mulheres em idade adulta intermediária†.

Tabela 3 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo grupo etário por sexo. Florianópolis (SC).

GRUPO ETÁRIO	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
14 --- 20	20	4,3	50	6,5	1	1,8	71	5,5
20 --- 30	66	14,2	144	18,8	4	7,0	214	16,6
30 --- 40	47	10,1	107	14,0	9	15,8	163	12,7
40 --- 50	88	18,9	123	16,1	14	24,6	225	17,5
50 --- 60	92	19,7	116	15,2	9	15,8	217	16,8
60 --- 70	63	13,5	116	15,2	8	14,0	187	14,5
70 --- 80	65	13,9	77	10,1	6	10,5	148	11,5
80 --- 99	20	4,3	21	2,7	4	7,0	45	3,5
Sem registro	5	1,1	11	1,4	2	3,5	18	1,4
Total	466	100	765	100	57	100	1288	100

Tabela 4 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo a procedência. Florianópolis (SC).

PROCEDÊNCIA	2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro Cirúrgico	332	56,9	328	58,2	85	60,3	745	57,8
Clínica Médica	71	12,2	74	13,1	27	19,1	172	13,4
Emergência	102	17,5	98	17,4	20	14,2	220	17,1
Outros	67	11,5	64	11,3	9	6,4	140	10,9
Sem registro	11	1,9		0,0		0,0	11	0,9
Total	583	100	564	100	141	100	1288	100

A procedência mais freqüente das pessoas foi o centro cirúrgico (57,8%), isto pode ser facilmente explicado porque a maioria das pessoas internadas foi submetida à

* Início da idade adulta, ou adulto jovem, é considerado aquele com idade entre 20 a 40 anos (BEE 1997) ou, conforme Berger (2003) 20 a 35 anos.

† Em vida adulta intermediária está a pessoa classificada com idade entre 40 a 65 anos (BEE 1997) ou, conforme Berger (2003), 35 a 64 anos.

neurocirurgia para clipagem de aneurisma, drenagem de hematomas cerebrais pós-traumáticos, ou mesmo ressecção de tumores. Além disso, não podemos esquecer as cirurgias para correção de ferimentos traumáticos, como por exemplo, fixação de fraturas.

O período de internação mais freqüente está entre zero a três dias (49.8%). Este resultado está associado ao grande número de pessoas em pós-operatório. A este grupo, segue-se aquele de pessoas que permanece entre quatro a sete dias (18.6%). Se considerarmos estes dois grupos, verificaremos que mais da metade das pessoas (68,32%) permanecem internadas até sete dias na UTI. Mais ainda, ao calcularmos a freqüência acumulada(*fa*), verificamos que 87,3% do total de pessoas permanecem internadas no máximo 15 dias. Isto significa que apenas 12,7% permanecem internadas mais do que este período.

Tabela 5 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo o tempo de permanência. Florianópolis (SC).

DIAS DE INTERNAÇÃO	2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 03	290	49,7	281	49,8	70	49,6	641	49,8
04 a 07	112	19,2	101	17,9	26	18,4	239	18,6
08 a 10	41	7,0	49	8,7	13	9,2	103	8,0
11 a 15	68	11,7	60	10,6	13	9,2	141	10,9
16 a 20	28	4,8	21	3,7	6	4,3	55	4,3
21 a 30	27	4,6	27	4,8	7	5,0	61	4,7
31 a 60	16	2,7	16	2,8	5	3,5	37	2,9
60 a 86		0,0	1	0,2	1	0,7	2	0,2
Sem registro	1	0,2	8	1,4		0,0	9	0,7
Total	583	100	564	100	141	100	1288	100

Da perspectiva da enfermagem este fato é importante, pois alerta os enfermeiros e enfermeiras para a importância do planejamento da assistência de acordo com o disposto na Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN sobre a Sistematização da Assistência e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Na UTI, cuidar conforme a SAE desde as primeiras horas de internação, significa atender as necessidades, conferir bem estar, minimizar incapacidades e reduzir mortalidade.

Na Tabela 6 são apresentados os dados que demonstram que a maioria das pessoas interna na UTI no turno das 13 às 19 horas. Este achado pode estar relacionado ao fato da avaliação clínica e da maioria das cirurgias ocorrerem, em geral, no período da manhã.

De qualquer modo, este fato indica que da perspectiva da SAE, é nas primeiras horas de internação em UTI que, todas as etapas do Processo de Enfermagem são ativamente realizadas. Desde a obtenção de informações por meio da coleta de dados (Históricos), a interpretação e agrupamento destes dados (Diagnóstico de Enfermagem), a determinação dos resultados que se espera alcançar e, das ações ou intervenções de enfermagem (Planejamento de Enfermagem), a realização das ações ou intervenções (Implementação), e a verificação contínua e sistemática de mudanças na condição de saúde da pessoa (Avaliação de Enfermagem) (COFEN, 2009).

Resumindo: as primeiras horas de internação são de intensa atividade de toda equipe de enfermagem, e, é por este motivo que, devemos gerir a Unidade de forma a contar com um maior número de pessoas trabalhando neste turno para dar conta de todas estas atividades e levar a cabo o melhor cuidado possível as pessoas internadas.

Tabela 6 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo o turno da internação na UTI. Florianópolis (SC).

HORA DE INTERNAÇÃO	2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
07:00 ----- 13:00 h	60	10,3	67	11,9	25	17,7	152	11,8
13:00 ----- 19:00 h	293	50,3	306	54,3	68	48,2	667	51,8
19:00 ----- 07:00 h	223	38,3	187	33,2	46	32,6	456	35,4
Sem registro	7	1,2	4	0,7	2	1,4	13	1,0
Total	583	100	564	100	141	100	1288	100

Por outro lado, a saída ou a alta de uma pessoa da UTI também gera um conjunto de atividades por parte de toda equipe de saúde, principalmente da equipe de enfermagem. Se tomarmos em consideração novamente a SAE, verificaremos que estas atividades têm a ver com todas as suas fases. Mesmo sabendo que a alta da unidade é responsabilidade médica, é obrigação do enfermeiro ou enfermeira reavaliar a pessoa, reconsiderar os diagnósticos de enfermagem e planejamento feito, realizar últimas ações de cuidado, preparar a pessoa, deixar tudo muito bem documentado e passar plantão para o enfermeiro ou enfermeira da unidade ou setor para a qual esta pessoa irá. Além disso, movimenta toda a equipe de enfermagem, e, também o pessoal da limpeza que precisa deixar o leito preparado para a próxima internação. A tabela 7 nos mostra a distribuição das pessoas internadas segundo o turno de saída.

Tabela 7 – Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo turno de saída da UTI. Florianópolis (SC).

HORA DE SAÍDA	2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
07:00 ----- 13:00 h	232	39,8	221	39,2	54	38,3	507	39,4
13:00 ----- 19:00 h	241	41,3	239	42,4	64	45,4	544	42,2
19:00 ----- 07:00 h	98	16,8	81	14,4	22	15,6	201	15,6
Sem registro	12	2,1	23	4,1	1	0,7	36	2,8
Total geral	583	100,0	564	100,0	141	100,0	1288	100,0

Quando analisamos o gráfico 1, verificamos que o turno de maior frequência tanto para internação quanto para a saída das pessoas internadas na UTI é das 13 às 19 horas. Este fato nos faz pensar que para levar a cabo uma boa assistência e adequada documentação é preciso reconsiderar o dimensionamento de membros da equipe de enfermagem neste turno de trabalho. Além disso chamamos a atenção para a Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade da SAE.

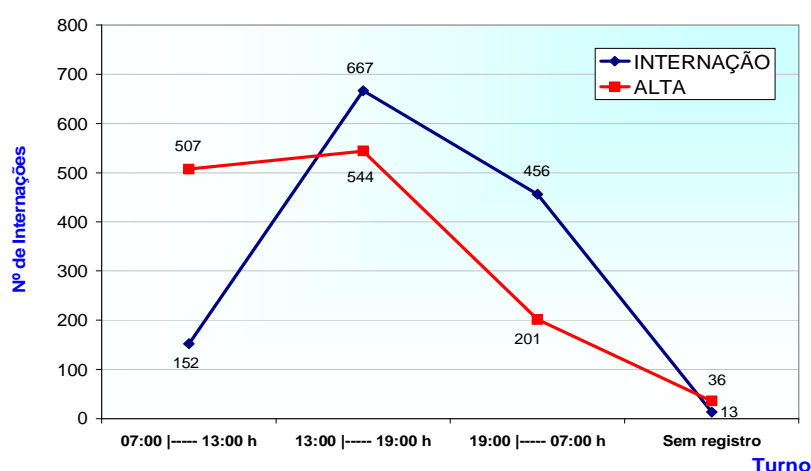


Gráfico 1 - Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo turno de internação e saída da UTI. Florianópolis (SC).

A letalidade na UTI em geral é alta devido a gravidade da condição de saúde das pessoas, bem como pela freqüente associação de patologias. Na Tabela 8, observa-se que a condição de alta em 25,4% das pessoas internadas na UTI foi o óbito.

Embora a letalidade seja elevada, 68,9% das pessoas internadas recebem alta da UTI para outras unidades do Hospital e segue recebendo cuidado de enfermagem. Este fato significa que enfermeiros e enfermeiras devem preparar a transferência destas pessoas da UTI

para a unidade de destino, e, isto é feito por meio de documentação e comunicação clara e completa a respeito da condição de saúde e das necessidades de cuidado.

Tabela 8 - Distribuição das pessoas internadas na UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2008 a março de 2010, segundo o tipo de alta. Florianópolis (SC).

ALTA	2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Transferência para outras unidades	404	69,3	380	67,4	103	73,0	887	68,9
Óbito	148	25,4	146	25,9	33	23,4	327	25,4
Transferência para outras instituições	29	5,0	23	4,1	5	3,5	57	4,4
Sem registro	2	0,3	15	2,7		0,0	17	1,3
Total	583	100	564	100	141	100	1288	100

A gravidade da condição de saúde das pessoas internadas pode ser também compreendida ao observar os dados apresentados na Tabela 9. Estes demonstram que uma grande parte das pessoas apresenta morbidade do grupo de causa de “Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas” da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Nessa categoria estão compreendidas internações por fraturas, traumatismo crânio encefálico, politraumas por acidentes automobilísticos, lesões por arma de fogo, agressões, entre outras causas. Considerando que o hospital também é referência em trauma, é esperado um grande número de internações por causas externas.

Em segundo lugar, as internações estiveram relacionadas a doenças do sistema circulatório. De acordo com alguns estudos realizados em Unidade de Terapia Intensiva, as causas que aparecem em primeiro lugar são as doenças relacionadas ao sistema circulatório (CIAMPONE et al, 2006).

Os resultados obtidos são de que 38,5% das mortes ocorreram em mulheres e 56,6% em pessoas do sexo masculino, confirmando a maior exposição ao risco que os homens tiveram. Além disso, 35,7% dos óbitos ocorreram no grupo etário de 40 a 59 anos.

Na Tabela 10 se pode observar que as causas de morte, em ambos os sexos, são coincidentes em distribuição de frequência demonstrando semelhança com a distribuição das duas primeiras causas de internação.

A letalidade entre os internados na UTI foi mais alta entre as pessoas do sexo feminino e, em especial, as que se encontravam no grupo etário de 50 a 70 anos, e, também com oitenta e mais anos. Nas pessoas do sexo masculino destacam-se os com idade mais

elevada, os jovens e aqueles em idade adulta intermediária (Tabela 11).

Tabela 9 – Morbidade das internações na UTI, por categoria CID-10, ocorridas no período de 2008 a março de 2010. Florianópolis – SC.

CAPÍTULO	CATEGORIA CID-10	2008		2009		2010		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Capítulo XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	159	12,4	165	12,9	45	3,5	369	28,8
Capítulo IX	Doenças do aparelho circulatório	98	7,7	82	6,4	12	0,9	192	15,0
Capítulo VI	Doenças do sistema nervoso	52	4,1	70	5,5	26	2,0	148	11,6
Capítulo II	Neoplasias (tumores)	72	5,6	58	4,5	10	0,8	140	10,9
Capítulo X	Doenças do aparelho respiratório	46	3,6	55	4,3	9	0,7	110	8,6
Capítulo XI	Doenças do aparelho digestivo	36	2,8	43	3,4	10	0,8	89	7,0
Capítulo XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	30	2,3	14	1,1	11	0,9	55	4,3
Capítulo XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	27	2,1	23	1,8	4	0,3	54	4,2
Capítulo XIV	Doenças do aparelho geniturinário	29	2,3	10	0,8	5	0,4	44	3,4
Capítulo I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10	0,8	16	1,3	5	0,4	31	2,4
Capítulo XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	5	0,4	14	1,1		0,0	19	1,5
Capítulo XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	7	0,5	6	0,5	2	0,2	15	1,2
Capítulo IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5	0,4		0,0	1	0,1	6	0,5
Capítulo III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1	0,1	4	0,3		0,0	5	0,4
Capítulo V	Transtornos mentais e comportamentais	2	0,2		0,0		0,0	2	0,2
Capítulo XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo		0,0	1	0,1		0,0	1	0,1
Capítulo XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,1		0,0		0,0	1	0,1
	Sem registro	3	0,2	3	0,2	1	0,1	7	0,5
Total		583	45,5	561	43,8	140	10,9	1280	100

Tabela 10 – Causas de óbito das pessoas internadas na UTI, por categoria CID-10, segundo o sexo, ocorridas no período de 2008 a março de 2010. Florianópolis – SC.

CAPÍTULO	CATEGORIA CID-10	Feminino		Masculino		Não Informado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Capítulo XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	28	22,2	70	37,8	5	31,3	103	31,5
Capítulo IX	Doenças do aparelho circulatório	22	17,5	30	16,2	3	18,8	55	16,8
Capítulo X	Doenças do aparelho respiratório	18	14,3	20	10,8	4	25,0	42	12,8
Capítulo XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	12	9,5	12	6,5		0,0	24	7,3
Capítulo XI	Doenças do aparelho digestivo	8	6,3	11	5,9	3	18,8	22	6,7
Capítulo XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	8	6,3	10	5,4		0,0	18	5,5
Capítulo VI	Doenças do sistema nervoso	6	4,8	7	3,8	1	6,3	14	4,3
Capítulo II	Neoplasias (tumores)	8	6,3	6	3,2		0,0	14	4,3
Capítulo I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	4,0	8	4,3		0,0	13	4,0
Capítulo XIV	Doenças do aparelho geniturinário	6	4,8	6	3,2		0,0	12	3,7
Capítulo XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0,8	2	1,1		0,0	3	0,9
Capítulo III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	1,6		0,0		0,0	2	0,6
Capítulo XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade		0,0	1	0,5		0,0	1	0,3
Capítulo V	Transtornos mentais e comportamentais	1	0,8		0,0		0,0	1	0,3
	Não Informado	1	0,8	2	1,1		0,0	3	0,9
Total		126	100	185	100	16	100	327	100

Fonte: Pesquisa e elaboração das autoras, 2010.

Tabela 11 – Letalidade entre as pessoas internadas na UTI, por sexo e grupo etário, ocorridas no período de 2008 a março de 2010. Florianópolis – SC.

GRUPO ETÁRIO	Feminino			Masculino			SEM REGISTRO			Total		
	Intern.	Óbitos	RM/1000	Intern.	Óbitos	RM/1000	Intern.	Óbitos	RM/1000	Intern.	Óbitos	RM/1000
14 --- 20	20	3	150,00	50	10	200,00	1	1	1000,00	71	14	197,18
20 --- 30	66	18	272,73	144	29	201,39	4			214	47	219,63
30 --- 40	47	7	148,94	107	25	233,64	9	3	333,33	163	35	214,72
40 --- 50	88	25	284,09	123	33	268,29	14	1	71,43	225	59	262,22
50 --- 60	92	28	304,35	116	28	241,38	9	2	222,22	217	58	267,28
60 --- 70	63	17	269,84	116	27	232,76	8	3	375,00	187	47	251,34
70 --- 80	65	18	276,92	77	24	311,69	6	3	500,00	148	45	304,05
≥ 80	20	8	400,00	21	8	380,95	4	2	500,00	45	18	400,00
SEM REGISTRO	5	2	400,00	11	1	90,91	2	1	500,00	18	4	222,22
Total	466	126	270,39	765	185	241,83	57	16	280,70	1288	327	253,88

Fonte: Pesquisa e elaboração das autoras, 2010.

Como pode ser observado nos dados registrados no gráfico 2, na UTI onde o estudo foi realizado a tendência foi de aumento do número de pessoas admitidas, principalmente, quando comparado o ano de 2008 com os achados em três meses do ano de 2010.

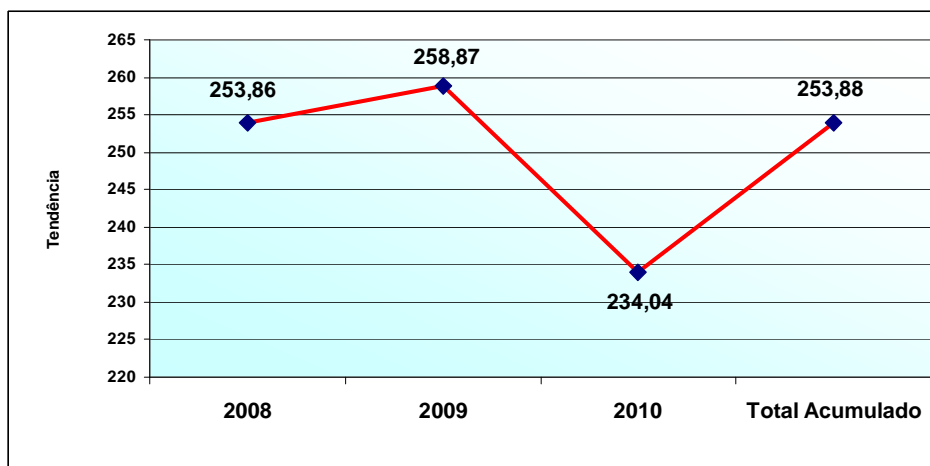


Gráfico 2 - Internações ocorridas na UTI no período de 2008 a 2010. Florianópolis-SC.

Fonte: Pesquisa e elaboração das autoras, 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo nos permitiram reinterpretar a prática diária em terapia intensiva, a partir das condições epidemiológicas da UTI estudada. Isto nos leva a pensar nas implicações para o cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Foi observado maior número de internações de homens, porém foi verificado que o número de mulheres internadas é expressivo. Estes achados nos remetem para a construção de instrumentos e escolhas de abordagens de cuidado apropriadas a ambos os sexos e voltadas para o desenvolvimento

biossocial, cognitivo e psicossocial do início e da fase intermediária da vida adulta (BERGER, 2003).

Outro aspecto interessante com impacto na assistência de enfermagem foi o fato de mais da metade das pessoas internadas na UTI procederem do centro cirúrgico (57,8%). As características da SAE para pessoas em condição crítica em pós-operatório são distintas em muitos dos seus propósitos mais imediatos daquelas de uma assistência sistematizada para pessoas em condição clínica. Desde a capacidade técnica da equipe até o suprimento de material, medicamentos e equipamentos. Este fato tem ligação com um outro: grande parte das pessoas apresenta morbidade do grupo de causa de “Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas” da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Isto quer dizer que a equipe precisa estar suficientemente treinada para atender prioritariamente pessoas com fraturas, traumatismo crânio encefálico, politraumatismo, e lesões por arma de fogo, pois estas foram as morbidades mais freqüentes.

Outra característica da UTI é a presença freqüente da morte, e não foi diferente na UTI estudada. Por este motivo, saber lidar com ela é fundamental e exige uma abordagem diferenciada com os familiares, pois com freqüência a morte é inesperada ou seguida de grande sofrimento.

Devido ao curto tempo de permanência (0-3 dias) de praticamente metade das pessoas internadas é preciso planejar e sistematizar a assistência de modo a torná-la operativa e perfeitamente documentada dentro deste período de tempo. A maioria das pessoas internadas recebe alta para outras unidades do Hospital e segue recebendo cuidado de enfermagem, enfermeiros e enfermeiras devem estar treinados de forma a comunicar-se de forma clara, concisa e inteligível, evitando jargões técnicos e excesso de abreviações.

Do ponto de vista da organização e sistematização do trabalho de enfermagem, enfermeiros e enfermeiras devem estar preparados para coletar grande volume de informações no período vespertino, uma vez que este foi o turno mais freqüente das internações. Isto significa mais históricos de enfermagem a fazer e registrar.

Os dados apresentados demonstram que o cuidado de enfermagem, desde o seu sentido mais essencial “zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo”, até aquele mais fundamentado na ciência, na boa técnica e na arte da enfermagem é um recurso para a melhoria o da saúde das pessoas em condição grave e alto risco para morrer. HOUAISS (2009).

Marcon (2002) ressalta que o profissional de saúde tem nos recursos tecnológicos um auxílio para a obtenção de dados relacionados aos cuidados, embora, esses recursos

apresentem certas limitações, uma vez que não existe aparato tecnológico que supere o ser humano. Deste modo, reconhece-se que o domínio da tecnologia aliada ao conhecimento é insubstituível, mas a interpretação de dados e as informações fornecidas pelo aparato tecnológico o cuidado específico dependem da competência dos profissionais que atuam na UTI.

Além do conhecimento e da técnica, o cuidado em enfermagem, possui o componente humanístico ao promover a continuidade da espécie saudavelmente humanizada, desta geração e das seguintes (SOUZA, PADILHA, PRADO, 2005).

REFERÊNCIAS

- ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E.C. de.; ROSSI, L.A.; CARON-RUFFINO, M. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. *Rev.latinam.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 27-38, janeiro 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11527.pdf>>. Acesso em: 21 de junho de 2010.
- BEE, Helen. O Ciclo Vital. Editora Artes Médicas 1997 Porto Alegre.
- BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.
- BERGER, S.K. O Desenvolvimento da pessoa – da infância á terceira idade. 5º edição. 2003- livros técnicos e científicos.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. Portaria nº 466, 4 de Junho de 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, 12 de agosto de 1998. Estabelecimentos de critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo-UTI.
- BUB, M. B. C. et al. Causas de internação de óbito na UTI de um hospital geral de Florianópolis: abril a julho de 1986.
- _____. BUB, Maria Bettina Camargo; LISS, Per-Erik. Metodologias do Cuidado de Enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto. Ciclo I. Módulo II. Porto Alegre: Artmed Editora e Panamericana Editora Médica, 2006. p. 09 – 53.
- CIAMPONE, T. J. et al. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Revista Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 19, n.1, p. 28 – 35, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Legislação. Resolução número 272/2002. Disponível em: <<http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>>. Acesso em: 22 junho 2010.

_____. Legislação. Lei número 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Lei do Exercício do Profissional de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>. Acesso em: 22 junho 2010.

DOMINGUES, C.O. et al. Sistematização da assistência de enfermagem. In: XV CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2006, Pelotas. Anais em CD. Pelotas: UFPel, 2006.

FARIAS, F. et al. **Diagnóstico de enfermagem:** uma abordagem conceitual e prática. Boão Pessoa. Santa Marta, 1990.

GAWRYSZEWSKI, P.V. et al. As causas externas no Brasil no ano de 200: comparando a mortalidade e a morbidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, julho/ag. 2004.

GONÇALVES, A.L; PADILHA, G.K. Fatores associados á carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, extraído da dissertação “Fatores associados á carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de adultos no primeiro dia de internação”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

HORTA, Vanda. Aguiar. A Observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. Rev Bras Enferm, Rio de Janeiro (RJ) 1971 jul/set; 24(5):46-53.

_____. HORTA, Vanda. Aguiar. A Metodologia do processo de enfermagem. Rev Bras Enferm, Rio de Janeiro (RJ) 1971 out/dez; 24(6):81-95.

HOUAISS, A; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2009.

MARCON, Lúcia. Uma Construção Coletiva: protocolo de cuidado de enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva. 2002. 119 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia da Saúde e Sociedade) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009-2011. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

NEUMAN, WL. Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches. 3rd. Edition. Boston:Allyn & Bacon. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10a revisão. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da saúde para a Classificação de Doenças em Português; Editora Universidade de São Paulo, 2000 8ªed.

PADILHA, G.K. et al. Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. Tese de Pós graduação apresentada a Escola de Enfermagem de São Paulo. SP 2007.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan. 1995.

QUEIJO, A.F.; PADILHA, G.K. NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Esc. Enferm. USP, 2009;43.

Resolução ANVISA: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/12_01rdc.htm. Acesso em 03 de março de 2010.

SANTA CATARINA. Hospitais Estaduais. Disponível em:
<<http://www.saude.sc.gov.br/hospitais/hgcr/index.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2009.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. Revista de Enfermagem Texto e Contexto, Florianópolis, v.14, n.2, p. 266-270, abr./jun. 2005.

VAZ M. N. et al. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 288-297, mai/jun. 2002. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13339.pdf>>. Acesso em: 22 junho 2010.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO RELATÓRIO

Por meio da disciplina Estágio Supervisionado II – INT5162 nos foram definidas uma série de competências e habilidades gerais a desenvolver, as quais nos foram apresentadas nos seguintes grupos: **atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente**. Para escrever as considerações finais deste trabalho consideramos apropriado fazê-lo a partir destes grupos de competências e habilidades gerais.

Nosso estágio foi realizado na UTI do Hospital Governador Celso Ramos - HGCR. Esse campo foi riquíssimo para nosso aprendizado e aperfeiçoamento. Diariamente éramos desafiadas a refletir sobre as experiências e momentos vivenciados, as limitações, as possibilidades e os desafios encontrados.

A UTI é um local de grande complexidade, com tecnologia e pessoal treinado para o cuidado com a pessoa em situação crítica de saúde, e isso implicou em um esforço pessoal, mas que se tornou gratificante, pois nos possibilitou a interação e o diálogo com a equipe de enfermagem. Durante o estágio nos deparamos com o processo de viver e morrer. Lidamos com pessoas de várias idades, principalmente adultos jovens e adultos intermediários, proporcionando assim as diferentes faces do cuidado em determinadas fases evolutivas da vida.

Com nossas supervisoras e supervisor aprendemos e observamos a arte do cuidar, a sensibilidade, humanização, o cuidar integral, liderança, e conhecimento teórico que a prática exige. São essas as características que queremos levar para a nossa prática profissional daqui para frente. Também participamos da dinâmica da Unidade e do processo de tomada de decisões frente à intercorrências.

Além do estágio supervisionado realizamos um projeto de pesquisa, intitulado **Morbimortalidade em UTI no período de 2008 a 2010: implicações para o cuidado de enfermagem**, cujo objetivo foi descrever as causas de internação e de óbito na UTI. Foi um estudo epidemiológico que nos proporcionou enriquecimento teórico e prático, pois a partir da análise e interpretação dos dados encontrados é possível planejar o cuidado, aperfeiçoando-o, tornando mais operativo, qualificado, eficiente e eficaz.

Trabalhar com a casuística da Unidade nos proporcionou experiências que nos conduziram para o desenvolvimento das competências na nossa formação, acreditamos ter

conseguido integrar os conhecimentos construídos às habilidades desenvolvidas ao longo do curso, especialmente durante a prática curricular nesta Unidade.

Para finalizar, acreditamos que, por meio dos resultados da pesquisa contribuímos para a reflexão e o melhoramento do planejamento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na UTI do HGCR.

REFERÊNCIAS

- ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E.C. de.; ROSSI, L.A.; CARON-RUFFINO, M. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. *Rev.latinam.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 27-38, janeiro 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11527.pdf>>. Acesso em: 21 de junho de 2010.
- BEE, Helen. *O Ciclo Vital*. Editora Artes Médicas 1997 Porto Alegre.
- BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. *Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA*. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.
- BERGER, S.K. *O Desenvolvimento da pessoa – da infância á terceira idade*. 5º edição. 2003- livros técnicos e científicos.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. Portaria nº 466, 4 de Junho de 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, 12 de agosto de 1998. Estabelecimentos de critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo-UTI.
- BUB, M. B. C. et al. Causas de internação de óbito na UTI de um hospital geral de Florianópolis: abril a julho de 1986.
- _____. BUB, Maria Bettina Camargo; LISS, Per-Erik. Metodologias do Cuidado de Enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto. Ciclo I. Módulo II. Porto Alegre: Artmed Editora e Panamericana Editora Médica, 2006. p. 09 – 53.
- CIAMPONE, T. J. et al. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Revista Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 19, n.1, p. 28 – 35, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Legislação. Resolução número 272/2002. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>>. Acesso em: 22 junho 2010.
- _____. Legislação. Lei número 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Lei do Exercício do Profissional de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>. Acesso em: 22 junho 2010.
- DOMINGUES, C.O. et al. Sistematização da assistência de enfermagem. In: XV CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2006, Pelotas. Anais em CD. Pelotas: UFPel, 2006.

FARIAS, F. et al. **Diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem conceitual e prática. Boão Pessoa. Santa Marta, 1990.

GAWRYSZEWSKI, P.V. et al. As causas externas no Brasil no ano de 200: comparando a mortalidade e a morbidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, julho/ag. 2004.

GONÇALVES, A.L; PADILHA, G.K. Fatores associados á carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, extraído da dissertação “Fatores associados á carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de adultos no primeiro dia de internação”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

HORTA, Vanda. Aguiar. A Observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. Rev Bras Enferm, Rio de Janeiro (RJ) 1971 jul/set; 24(5):46-53.

_____. HORTA, Vanda. Aguiar. A Metodologia do processo de enfermagem. Rev Bras Enferm, Rio de Janeiro (RJ) 1971 out/dez; 24(6):81-95.

HOUAISS, A; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2009.

MARCON, Lúcia. Uma Construção Coletiva: protocolo de cuidado de enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva. 2002. 119 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia da Saúde e Sociedade) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009-2011. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

NEUMAN, WL. Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches. 3rd. Edition. Boston:Allyn & Bacon. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10a revisão. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da saúde para a Classificação de Doenças em Português; Editora Universidade de São Paulo, 2000 8ªed.

PADILHA, G.K. et al. Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. Tese de Pós graduação apresentada a Escola de Enfermagem de São Paulo. SP 2007.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan. 1995.

QUEIJO, A.F.; PADILHA, G.K. NURSING ACTIVIES SCORE (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Esc. Enferm. USP,2009;43.

Resolução ANVISA: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/12_01rdc.htm. Acesso em 03 de março de 2010.

SANTA CATARINA. Hospitais Estaduais. Disponível em:
<<http://www.saude.sc.gov.br/hospitais/hgcr/index.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2009.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. Revista de Enfermagem Texto e Contexto, Florianópolis, v.14, n.2, p. 266-270, abr./jun. 2005.

VAZ M. N. et al. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 288-297, mai/jun. 2002. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13339.pdf>>. Acesso em: 22 junho 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ORÇAMENTO

Materiais	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Cartucho de tinta (preto)	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00
Cartucho de tinta (colorida)	1	R\$ 70,00	R\$ 70,00
Transporte (ônibus)	5x100	R\$ 2,20	R\$ 500,00
Resma de papel ofício A4	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Total			R\$ 640,00

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS,
REGISTROS E SIMILARES**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS,
REGISTROS E SIMILARES**

As estudantes de Enfermagem Juliana Mesquita de Medeiros e Tâmilis Frois Pereira com a Professora Maria Bettina Camargo Bub, estão desenvolvendo um estudo “**Casuística da UTI de um Hospital geral de Florianópolis – março de 2005 a março de 2010**” que faz parte de um trabalho de conclusão de curso (TCC) do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – semestre 2010/I.

Este trabalho será desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR). Trata-se de uma pesquisa de metodologia quantitativa exploratória, descritiva –transversal, acerca das causas de internação e óbitos da UTI de um hospital geral da rede SUS de Florianópolis.

Durante o período da pesquisa a fonte de dados utilizada será o Livro de Registros da Unidade de Terapia Intensiva. Neste livro são registrados, sistematicamente, dados como a data e o horário de internação, o nome, a idade número de registro e a procedência do paciente, o diagnóstico médico, a data e o horário da alta, transferência ou óbito e o destino.

A partir desse termo fica assegurada a confidencialidade dos dados pessoais obtidos dos registros secundários para o estudo.

Acadêmicas de Enfermagem Responsáveis pela Pesquisa: Juliana Mesquita de Medeiros e Tâmilis Frois Pereira. Telefones para contato: (48) 99048556 / (48) 99256338
Orientadora: Profa. Dra. Maria Bettina Camargo Bub. Telefone para contato: (48) 3721-9480/ 9980-0469

Juliana Mesquita

Tâmilis Frois pereira

Profa. Dra. Maria Bettina Camargo Bub

Assinatura do responsável pela instituição

Maurício Cherem Büendgens – Diretor Geral

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

PROTOCOLO Nº

2010/0017

DE: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 06/05/2010

PARA PESQUISADORES: MARIA BETINA CAMARGO BUB ;
JULIANA MESQUITA DE MEDEIROS
TAMILIS FROIS PEREIRA

ASSUNTO: PARECER CONSUBSTANCIADO

PROJETO DE PESQUISA : Casuística da UTI de um Hospital Geral de Florianópolis - Março de 2005 a março de 2010.

PARECER: Trata-se de uma pesquisa quantitativa tipo exploratória descritiva, transversal a cerca das causa de internação e óbitos da UTI de um hospital geral da rede SUS de Florianópolis no período de março de 2005 a março de 2010, utilizando as informações do livro de registros de internações da unidade como fonte para coleta dos dados: sexo, idade, procedência, diagnóstico médico, tempo de permanência, tipos de alta, taxa de mortalidade.

Tais dados serão analisados por estatística descritiva, para a análise da casuística nesta UTI.

Para tanto, foi concedida a autorização do uso do livro de registro pela direção do Hospital atendendo a resolução 196/96. O trabalho é claro e objetivo, com propostas definidas, utilizando metodologia adequada sem oferecer risco e com respeito aos preceitos éticos.

Diante do exposto classificamos o Projeto de Pesquisa como: **APROVADO.**

ORIENTAÇÕES GERAIS: Salientamos a necessidade de encaminhar ao CEP relatórios trimestrais sobre o andamento da pesquisa e **ao término do trabalho uma cópia impressa e uma em CD com extensão em PDF (conversor de arquivo Word para PDF)** deverão ser disponibilizadas a este Comitê.

As alterações no protocolo e notificações de eventos adversos que possam trazer prejuízo ao sujeito da pesquisa devem ser notificadas imediatamente ao CEP para análise e providências.

CARLA PAULI
Coordenadora do CEP/HGCR